
Dil ve Konuşma Terapistlerinin Terapiye Aile Katılımına İlişkin

İnanç, Tutum ve Uygulamaları

Ahsen Erim¹, Şaziye Seçkin Yılmaz²,

Özet

Dil ve konuşma terapileri içerisinde uygulanan müdahale programlarının bir kısmı klinisyen merkezli, bir kısmı ise aile merkezli olarak yürütülmektedir. Dil ve konuşma terapistlerinin (DKT); dil bozuklukları, kekemelik, konuşma sesi bozukluğu ve otizm spektrum bozukluğu (OSB) gibi bozukluklarda tercih edebilecekleri çok sayıda aile merkezli terapi yaklaşımı bulunmaktadır. Dil ve konuşma terapisi alanında hizmet veren DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi, klinik uygulamalardaki olası eksikliklerin tespiti açısından önemlidir. **Amaç:** Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, Türkiye'de erken çocukluk dönemindeki çocuklar ile çalışan DKT'lerin, terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamalarının incelenmesidir. **Yöntem:** Araştırmanın katılımcılarını, Türkiye'nin farklı şehirlerinde hizmet veren 100 DKT oluşturmaktadır. Araştırmada verilerin toplanmasında, yazarlar tarafından ilgili alanyazın taranarak hazırlanan bir anket kullanılmıştır. Araştırmada verilerin toplanması amacı ile geliştirilen anket, DKT'lere çevrimiçi (online) formata dönüştürülerek ulaştırılmıştır. Verilerin analizi için elde edilen bulguların frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Anketteki açık uçlu soru için ise içerik analizi yapılmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların büyük çoğunluğunun terapi sonrasında terapide yapılan uygulamalarla ilgili aileleri bilgilendirdikleri (%96) görülmüştür. Katılımcıların çok büyük bir kısmı (%60) en çok gecikmiş konuşması olan çocuklar ile çalışırken aile merkezli yaklaşımları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Bunlara ek olarak aile merkezli yaklaşımların tercih edilme oranları, kekemelikte %23, gelişimsel dil bozukluğunda ve OSB'de ise %15'tir. Katılımcıların çok küçük bir kısmının ise konuşma sesi bozuklukları (%1) ve pediyatrik ses bozuklukları (%1) ile çalışırken aile merkezli yaklaşımları tercih ettikleri görülmüştür. Bununla birlikte, katılımcıların büyük çoğunluğu (%71), ailelerin çocuklarını terapiye getirmelerinin, çocukları için yeterli olacağını düşündüklerini belirtmişlerdir. **Sonuç:** Çalışma sonuçları, çalışmaya katılan DKT'lerin genel olarak aile merkezli terapi uygulamalarına ilişkin olumlu tutumları olduğunu göstermektedir. Sonuçlar daha ayrıntılı incelendiğinde ise DKT'lerin özellikle terapi sürecinin

¹ Sorumlu Yazar, Araştırma Görevlisi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID: 0000-0002-3191-6236, ahsen.irim@sbu.edu.tr,

² Dr. Öğt.Üyesi, Üsküdar Üniversitesi, Dil ve Konuşma Terapisi Bölümü, ORCID: 0000-0003-0488-9639, saziye.seckinyilmaz@uskudar.edu.tr

planlanması aşamasında klinisyen merkezli; ancak terapi uygulamalarının evde desteklenmesi konusunda aile merkezli bir yaklaşımı benimsediği söylenebilir.

Anahtar sözcükler: aile eğitimi, aile merkezli uygulamalar, aile merkezli hizmetler, dil ve konuşma terapisi, erken çocukluk dönemi, müdahale

**Beliefs, Attitudes And Practices Of Speech and Language Therapists Regarding Family Participation in
Therapy
Summary**

Some of the intervention programs implemented within speech and language therapies are carried out as clinician-centered and some are family-centered. There are many family-centered therapy approaches that speech and language therapists (SLPs) can prefer in disorders such as language disorders, stuttering, speech sound disorders and autism spectrum disorders (ASD). It is important to determine the beliefs, attitudes and practices of family participation in the therapy process of SLPs in terms of detecting possible deficiencies in clinical practices.

Purpose: In this regard, the purpose of this study was to examine the beliefs, attitudes and practices of SLPs working with children in early childhood in Turkey regarding family-centered practices. **Method:** Participants, were 100 SLPs from different cities of Turkey. Data was collected via a survey which was prepared by the researchers by reviewing the relevant literature. The survey consists of 28 question items in total. The survey, which was developed for the purpose of collecting data in this research, was transformed into online format and delivered to SLPs. SPSS 21 package program was used for the analysis of the data, and the frequency and percentage values of the findings were calculated. Content analysis was also performed for the open-ended question in the survey. **Results:** In the part of the survey evaluating the practices for family participation in the therapy process, it was observed that the majority of the participants informed the families about the practices performed in therapy after the therapy (%96). When the items of the survey evaluating family-centered approaches used by SLPs were examined, most of the participants (%60) stated that they mostly preferred family-centered approaches while working with children with delayed speech. In addition, the preference rate of family-centered approaches in cases of stuttering and developmental language disorder / ASD was %23 and %15 respectively. It was observed that a very small portion of the participants preferred family-centered approaches while working with speech sound disorders (1%) and pediatric voice disorders (1%). Also in the survey in which the situations that negatively affect family participation in the therapy process were questioned, the majority of the participants (71%) stated that they thought that families bringing their children to therapy would be sufficient for their children. **Conclusion:** The results of this study show that SLPs participating in this study have generally positive attitudes

towards family centered practices. More specifically, it was seen that participants are clinician-centered, especially in the planning phase of the therapy. On the other hand, they adopt a family-centered approach to support therapy practices at home. Also, it has been determined that SLPs have a lack of knowledge about family-centered therapy methods. It is recommended that the content of the speech and language therapy undergraduate program be enriched with family-centered therapy approaches. In addition, it is anticipated that pre-service and in-service training programs to be organized will be beneficial for SLPs. Also, it would be appropriate to consider family-centered practices through the triangle. In other words, there is the therapist in one corner of the triangle, the parents of the child in another corner and the child in the other corner. In this research, family centered therapy process has been discussed in terms of the perspective of SLPs. In future studies, it is thought that examining the views of families and children will be beneficial in terms of organizing the content of family centered practices.

Keywords: early childhood, family education, family centered services, family centered practices, intervention, speech and language therapy

Giriş

Dil ve konuşma terapileri içerisinde uygulanan müdahale programlarının bir kısmı klinisyen merkezli, bir kısmı ise aile merkezli olarak yürütülmektedir. Geleneksel bakış açısını temel alan klinisyen merkezli uygulamalarda, terapi sürecinin yöneticisi, planlayıcısı ve kontrol mekanizması terapisttir. Klinisyen merkezli yaklaşımın bazı temel özellikleri bulunmaktadır. Buna göre a) klinisyen, yönergeleri belirlemektedir, b) klinisyen materyal ve etkinlik seçmektedir, c) klinisyen davranışçı yaklaşımın ilkelerinden faydalanarak terapide kazandırılması hedeflenen davranışları kazandırmaya çalışmaktadır (Paul & Norbury, 2012).

Aile merkezli yaklaşımlarda ise danışan sadece çocuk değil tüm aile olarak kabul edilmekte ve aileler ile uzmanlar arasındaki pozitif ilişkiye de odaklanılmaktadır (Hanna & Rodger, 2002). Aile merkezli yaklaşımlarda terapistin bir sorumluluğu da ailelerin terapi sürecinde karar mekanizmasının bir parçası olmalarına izin vermektir (Pappas ve ark., 2008). Aile merkezli yaklaşımların temel bileşenlerinden bahsetmek mümkündür. Buna göre aile merkezli uygulamalarda; a) aile, çocuğun hayatında merkezi bir konumdadır, b) aile-uzman iş birliği kolaylaştırılmalıdır, c) ailelerin etnik, kültürel ve sosyoekonomik farklılıklarına saygı

duyulmalıdır, ç) ailelerin güçlü ve zayıf oldukları yönler fark edilmelidir, d) ebeveynlere düzenli olarak, destekleyici ve eksiksiz biçimde bilgi paylaşımı yapılmalıdır, e) aile desteği teşvik edilmeli ve kolaylaştırılmalıdır, f) çocuğun ve ailesinin ihtiyaçları anlaşılmalıdır, g) ailelerin ihtiyaçlarını karşılayacak kapsamlı programlar uygulanmalıdır, h) esnek, kültürel açıdan uyumlu ve aile tarafından tanımlanan ihtiyaçlara yanıt veren bir hizmet sunulmalıdır (Johnson, 1990).

Aile merkezli yaklaşımların kökenleri, 1940’larda Carl Rogers’ın çeşitli sorunlara sahip çocukların aileleri ile çalışmalarına dayanmaktadır (Rogers, 1951). Aile merkezli yaklaşımların temel aldığı bir diğer modele Bronfenbrenners’in (1979) modeli örnek olarak gösterilebilir. Bu model içerisinde gelişimde, çocuğun doğuştan getirdiği karakteristik özellikleri ile birlikte yakın ve daha uzak çevresi ile etkileşiminin de etkili olduğu belirtilmektedir.

Rosenbaum’un (2016, s. 528) belirttiği gibi İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Functioning, Disability and Health-ICF) (WHO, 2001) da klinisyenlerin odak noktasının sadece bozukluk değil aynı zamanda çocuğun geliştiği ve büyüdüğü temel çevresi olan ailesi de olması gerektiğini vurgulamaktadır. Nitekim son yıllarda sağlık uygulamaları içerisinde danışanı sadece çocuk olarak görmek yerine tüm aileyi danışan olarak gören ve sürece dahil eden aile merkezli uygulamaların ağırlık kazandığı görülmektedir (Grenness ve ark., 2016; Moeller ve ark., 2013; Pappas ve ark., 2008).

Aile merkezli uygulamaların terapi sürecine çeşitli yararları bulunmaktadır. Bu yararlar çocuk açısından bakmak mümkündür. Örneğin, terapi seanslarında kazanılan becerilerin günlük hayata aktarılması konusunda aile eğitimi etkili olmaktadır (Miller & Sloane, 1976). Ayrıca aile eğitiminin, çocuklardaki problem davranışları azaltmada da etkili olduğu görülmüştür (Druker ve ark., 2019; Kazdin & Wassell, 2000). Üstelik aile merkezli uygulamaların faydası, çocuk ile sınırlı değildir. Örneğin, okul öncesi dönem içerisinde aile merkezli uygulamalar ile hem öğretmenin mesleki doyumunun arttığı hem ailenin kendisini daha bilinçli hissettiği hem de

çocuğun eğitsel gelişiminin desteklendiği belirtilmektedir. Buradan yola çıkılarak da aile-ev iş birliğini temel alan uygulamalar önerilmektedir (Çakmak, 2010).

Alan yazındaki bazı çalışmalar, aile üyelerinin de terapi sürecine dahil edildiği müdahale programlarının, etkililiğini göstermektedir (Braga ve ark., 2005; Park ve ark., 2020). Hedef seçimi, sorumluluk alma ve problem çözme süreçleri gibi faktörlerin ebeveyn-klinisyen iş birliği içerisinde ele alınmasının, terapi çıktısını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Brookman-Fraaze & Koegel, 2004). Örneğin, otizm spektrum bozukluğu (OSB) içerisindeki çocuklara uygulanan aile katımlı uygulamaların, çocukların seans içerisindeki kazanımlarını günlük hayata aktarmalarını kolaylaştırdığı ve müdahaleden sağladıkları faydayı artırdığı ifade edilmektedir (Beatson, 2006; Burrell & Borrego, 2012).

Dil bozukluğu olan çocuklarda aile katımlı uygulamaların, çocukların alıcı ve ifade edici dillerini anlamlı düzeyde geliştirdiği bilinmektedir (Roberts & Kaiser, 2011). Buna paralel biçimde, gelişimsel dil bozukluğu (GDB) olan hem okul öncesi (Buschmann ve ark., 2009) hem de okul çağı çocuklar (Allen & Marshall, 2011) ile yürütülen terapilerde aile katımlı uygulamaların çocukların dilsel çıktıları üzerinde faydalı olduğu ifade edilmiştir. Bir akıcılık bozukluğu türü olan kekemelikte de hem akıcılık hem de iletişim becerilerinin desteklenmesinde terapiye aile katılımı oldukça önemlidir (Rustin & Cook, 1995). Üstelik kekemeliği olan çocuğa sahip ailelerin terapi sürecine dahil olduklarında, sadece çocukları ile ilgili değil, aynı zamanda kendileri ile ilgili de faydalar elde ettikleri ifade edilmektedir. Berquez ve arkadaşlarının (2015) bir çalışmasına göre, terapi sürecine katılan ailelerin, çocuklarının kekemelik yönetiminde kendilerini daha az gergin, daha çok bilgili ve çocuklarını destekleme noktasında daha güvenli hissettikleri görülmektedir (Berquez ve ark., 2015).

Tüm bu bilgilere paralel biçimde dil ve konuşma terapistlerinin (DKT); dil bozuklukları (Oğuz ve ark., 2019), kekemelik (Millard ve ark., 2008; Onslow ve Millard, 2012; Shafiei ve ark., 2019), fonolojik bozukluk (Bowen & Cupples, 1999) ve OSB (Dionne & Martini, 2011;

Ekici ve ark., 2019; Selimoğlu & Özdemir, 2018) gibi gelişimsel bozukluklarda tercih edebilecekleri çok sayıda aile merkezli terapi yaklaşımı bulunmaktadır. Katılımcılarının içinde DKT'lerin de bulunduğu bir çalışmada, çocuklar ile çalışan sağlık profesyonellerinin aile katılımlı uygulamalara yönelik algı ve uygulamaları incelenmiştir. Çalışma neticesinde uzmanların, aile katılımlı uygulamaların gerektirdiği temel bileşenleri bildikleri; ancak bu bileşenleri tutarlı olarak uygulamalarına yansıtamadıkları görülmüştür (Bruce ve ark., 2002). Bazı çalışmalarda ise uzmanlarla birlikte ailelerin de aile katılımlı uygulamalara yönelik algılarının incelendiği görülmektedir (Cras ve ark., 2006; Iversen ve ark., 2003; King ve ark., 1998). Örneğin Cras ve arkadaşları (2006) tarafından yürütülen bir çalışmada, değerlendirme seansında, aile katılımlı uygulamalar; pratikte uygulananlar ve ideal olanlar şeklinde hem aileler hem de uzmanlar tarafından değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda hem aileler hem de uzmanlar pek çok maddenin ideal olduğunu; ancak uygulama içerisinde yer almadığını belirtmişlerdir. Bir başka çalışmada ailelerin ve uzmanların aile katılımlı uygulamaların etkililiğine yönelik algıları incelenmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, aileler ve uzmanların uygulanan program etkililiğine yönelik olumlu yönde ve benzer tutumlarının olduğu bulunmuştur (Iversen ve ark., 2003).

Konuyla ilgili araştırmalar incelendiğinde, DKT'lerin, terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamalarını inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya rastlanmıştır. Söz konusu çalışmalarda, DKT'lerin aile katılımlı uygulamaların önemini bildikleri (Bellon- Harn ve ark., 2017; Mandak & Light, 2018; Pappas ve ark., 2008); ancak uygulama aşamasında belirli sınırlılıklar ile karşılaştıkları görülmüştür (Mandak & Light, 2018; Pappas ve ark., 2008).

Daha önce belirtildiği gibi dil ve konuşma terapi sürecinde, aile merkezli yaklaşımı temel alan pek çok yöntem kullanılabilir. Kullanılan yöntemden bağımsız olarak ailelerin terapi sürecine katılımlarının, terapi başarısı üzerinde büyük bir önemi olduğu bilinmektedir (Burrell & Borrego, 2012). Aile katılımlı uygulamalara yönelik olumsuz tutumlar, kliniğe

olumsuz yansıyabilmekte ya da kişi olumlu tutumlara sahip olsa da uygulama eksiklikleri görülebilmektedir. Klinik uygulamalarda iyileştirme çalışmalarının yapılabilmesi ise öncelikli olarak var olan durumun tespitini gerekli kılmaktadır. Ülkemizde yeni sayılabilecek ve gelişmeye devam eden dil ve konuşma terapisi alanında hizmet veren DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi, klinik uygulamalardaki olası eksikliklerin belirlenmesi açısından önemlidir. Bununla birlikte, ulusal alan yazında DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamalarını inceleyen bir çalışmaya ulaşılammıştır.

Bu doğrultuda bu çalışmanın amacı, Türkiye'de erken çocukluk dönemindeki çocuklarla çalışan DKT'lerin, terapi sürecine aile katılımı ile ilgili inanç, tutum ve uygulamalarının incelenmesidir. Bu amaç doğrultusunda aşağıda yer alan araştırma sorularına yanıt aranmıştır:

1. DKT'lerin terapi sürecine aile katılımı ile ilgili uygulamaları nelerdir?
2. DKT'lerin terapi sürecine aile katılımı ile ilgili inanç ve tutumları nasıldır?
3. DKT'ler erken çocukluk dönemindeki çocuklarla çalışırken hangi aile merkezli yaklaşımları tercih etmektedirler?
4. DKT'ler en çok hangi bozukluk ile çalışırken aile merkezli yaklaşımları tercih etmektedirler?
5. Dil ve konuşma terapisi sürecine aile katılımını olumsuz etkileyen faktörler nelerdir?

Yöntem

Araştırma Modeli

Türkiye'nin çeşitli şehirlerinde hizmet veren DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına yönelik inanç, tutum ve uygulamalarının incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada, anket araştırma yöntemi kullanılmıştır. Anket yöntemi, geniş bir örneklem grubundan sistematik olarak bilgi toplanmasını sağlamak ve katılımcıların kendilerine sorulan ifadeleri yanıtlamaları aracılığıyla gerçekleştirilmektedir. Yapılış şekillerine göre de kendi içerisinde

sınıflara ayrılan anket türlerinden ise elektronik anket yöntemi tercih edilmiştir. Elektronik anket türünde, veriler internet aracılığıyla toplanabilmektedir (Sevinç, 2017).

Katılımcılar

Araştırmanın katılımcılarını Türkiye'nin farklı şehirlerinde özel eğitim merkezi, özel klinik, hastane ve üniversite olmak üzere çeşitli kurumlarda hizmet veren ve erken çocukluk dönemindeki çocuklar ile çalışan 100 DKT oluşturmaktadır. Çalışmanın örneklem seçiminde, olasılıklı olmayan örnekleme yöntemlerinden elverişlilik örnekleme tercih edilmiştir. Araştırmacı için elverişli olan katılımcıların çalışma evreninden seçildiği bu yöntem, olasılık hesabı yapılmasına imkân vermemektedir (Böke, 2017). Katılımcıların mesleki deneyim süreleri ve çalıştıkları kurumlara göre dağılımları Tablo 1'de sunulmaktadır.

Tablo 1

DKT'lerin Deneyim Süreleri ve Çalıştıkları Kurumlara Göre Dağılımları

Değişken	n	%
Deneyim Süresi		
0-2 yıl	89	89
2-5 yıl	5	5
5-10 yıl	4	4
10 yıl-	2	2
Çalışılan Kurum		
Özel Eğitim Merkezi	77	77
Özel Klinik	23	23
Hastane	11	11
Üniversite	4	4

Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında yazarlar tarafından ilgili alan yazın taranarak (Bellon-Harn ve ark., 2017; Pappas ve ark., 2008) oluşturulan bir anket kullanılmıştır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin iki soru bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümünde, terapiye aile katılımına ilişkin uygulamalara yönelik beşli Likert tipte geliştirilmiş 10; üçüncü bölümünde, terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç ve tutumlara

ilişkin beşli Likert tipte geliştirilmiş 11; dördüncü bölümde, aile merkezli terapi yaklaşımlarına ilişkin birisi açık uçlu ve ikisi de çoktan seçmeli üç soru ve anketin beşinci bölümünde ise katılımcıların aile katılımlı terapiye yönelik memnuniyet düzeyini ve aile katılımını etkileyen faktörleri değerlendiren çoktan seçmeli iki soru olmak üzere toplamda 28 soru maddesi bulunmaktadır (Ek-1).

Araştırmada kullanılan anketin geliştirilmesinde, alan yazında belirtilen anket geliştirme adımlarına uyulmasına özen gösterilmiş; problemin tanımlanması, madde havuzu oluşturulması, uzman görüşü alınması ve ön uygulama adımları sırasıyla izlenmiştir (Büyüköztürk, 2005). Bunlara göre, öncelikli olarak araştırmacılar tarafından alan yazın taraması sonucunda 35 maddelik bir madde havuzu oluşturulmuştur. Anketin içerik geçerliği için oluşturulan maddeler, dil ve konuşma bozuklukları alanında uzman iki akademisyen tarafından bilimsel doğruluk ve yazım dili açılarından değerlendirilerek geçerli/geçersiz şeklinde oylanmıştır. Bu aşamada, uzmanların her bir maddedeki uyuşma düzeylerinin, %90-100 arasında olmasına dikkat edilmiştir (Büyüköztürk, 2005). Ardından beş DKT'ye ön uygulama yapılarak, anketin geçerlik ve güvenilirliği gözlem yolu ile de değerlendirilmiştir. Bu şekilde 28 maddeden oluşan anket formuna son hali verilmiştir.

Veri Analizi ve Uygulama

Araştırmada verilerin toplanması amacı ile geliştirilen anket, DKT'lere çevrimiçi (online) formata dönüştürülerek ulaştırılmıştır. Verilerin analizi için SPSS 21 paket programı kullanılmış olup elde edilen bulguların frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır. Anketteki açık uçlu soru için ise içerik analizi yapılmıştır. İçerik analizi, genel olarak sözlü ve yazılı materyallerin, sistematik analizi olarak ifade edilebilmektedir (Akt. Demirci & Köseli, 2017; Balcı, 2000).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma, Helsinki İlkeler Deklarasyonuna uygun biçimde yürütülmüş ve Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan gerekli izin alınmıştır

(61351342 sayılı, 14 nolu). Ayrıca, katılımcılardan gönüllü onam formu alınmış ve çalışma gönüllü katılımcılar ile yürütülmüştür.

Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına yönelik inanç, tutum ve uygulamalarına ilişkin bulgular sunulmaktadır.

DKT'lerin Terapilerde Aile Katılımına Yönelik Uygulamaları

DKT'lerin terapiye aile katılımına yönelik uygulamalarını değerlendiren soru maddelerine verdikleri yanıtların frekans ve yüzde değerleri Tablo 2'de sunulmaktadır.

Tablo 2

DKT'lerin Terapilerde Aile Katılımına Yönelik Uygulamaları

Maddeler	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Değerlendirme seanslarına aileyi de dahil ederim.	71	71	24	24	3	3	2	2	-	-
2. Terapi hedef seçimlerini aile ile birlikte yaparım.	18	18	21	21	37	37	20	20	4	4
3. Terapi hedefi seçimlerinde ailenin beklentilerine öncelik veririm.	3	3	23	23	52	52	18	18	4	4
4. Kullanılacak terapi yöntemine aile ile ortak karar veririm.	3	3	10	10	30	30	33	33	24	24
5. Terapi seanslarımda aileyi de terapi odasına alırım.	5	5	24	24	34	34	33	33	4	4
6. Ailenin terapi hedefi ve etkinlik değiştirme önerilerini dikkate alırım.	9	9	40	40	32	32	17	17	2	2
7. Terapi sonrasında terapide yapılanlar hakkında aileyi bilgilendiririm.	96	96	4	4	-	-	-	-	-	-
8. Ödev verirken aile ile çalışılabilecek görevler vermeye dikkat ederim.	89	89	11	11	-	-	-	-	-	-
9. Aile üyelerinden terapinin gidişatı hakkında geri dönütler almaya çalışırım.	81	81	15	15	3	3	-	-	-	-
10. Eğer çocuğun kardeşleri varsa onları da sürece dahil etmeye çalışırım.	17	17	26	26	30	30	23	23	4	4

*f= frekans (sıklık)

Tablo 2 incelendiğinde, DKT'lerin terapi içerisinde aile katılımlı uygulamalarına ilişkin en çok her zaman yanıtını işaretledikleri maddelerin terapi sonrasında terapide yapılanlarla ilgili

aileleri bilgilendirme (%96), ödev verirken aile ile çalışılabilecek görevler vermeye özen gösterme (%89) ve aile üyelerinden terapinin gidişatı hakkında geri dönütler almaya çalışma (%81) ile ilgili olduğu görülmüştür. DKT'lerin en çok hiçbir zaman yanıtını verdikleri madde ise kullanılacak terapi yöntemine aile ile ortak karar verme (%24) olmuştur.

DKT'lerin Terapilere Aile Katılımına Yönelik İnanç ve Tutumları

Tablo 3'te DKT'lerin terapilere aile katılımına yönelik inanç ve tutumlarına ilişkin sorulara verdikleri yanıtların frekans ve yüzdeleri gösterilmektedir.

Tablo 3

DKT'lerin Terapilere Aile Katılımına Yönelik İnanç ve Tutumlar

Maddeler	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1. Terapi etkililiği için aile katılımı oldukça önemlidir.	85	85	13	13	1	1	-	-	1	1
2. Aileler, terapi sürecine dahil olma konusunda cesaretlendirilmelidir.	86	86	11	11	2	2	-	-	1	1
3. Terapi hedefi ve etkinlik seçimlerinde son sözü söyleyen aile olmalıdır. Terapi hedefi ve etkinlik seçimlerinde son sözü söyleyen aile olmalıdır.	1	1	1	1	19	19	34	34	45	45
4. Ailelerin terapi hedeflerini belirleme konusunda yeterli bilgisi bulunmamaktadır. Bu nedenle hedef seçiminde katılımları gereksizdir.	9	9	11	11	30	30	28	28	22	22
5. Ebeveynler, terapiyle ilgili verdiğim ödevlerde çocuğa yardımcı olmak için özel bir zaman dilimi yaratmalıdır.	63	63	26	26	6	6	4	4	1	1
6. Çocukta ilerlemenin gözlenebilmesi için eve verilen etkinliklerin yaptırılması büyük önem taşımaktadır.	88	88	10	10	2	2	-	-	-	-
7. Sadece çocuk değil, tüm aile danışandır.	70	70	23	23	6	6	1	1	-	-
8. Ailelerin seansa dahil edilmesi terapi verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.	2	2	2	2	15	15	41	41	40	40
9. Ailelerin yanlış uygulamaları çocuğu olumsuz etkileyebileceği için ev çalışmaları verilmemelidir.	-	-	2	2	4	4	24	24	70	70
10. Çocuğun kardeşlerinin terapi sürecine katılımı çocuk için olumlu bir faktördür.	22	22	35	35	34	34	6	6	3	3
11. Her çocuk biriciktir ve çocuğun güçlü ve zayıf yönlerini en iyi bilen kişiler de ailelerdir.	41	41	37	37	19	19	3	3	-	-

*f= frekans (sıklık)

Tablo 3 incelendiğinde, DKT'lerin aile katılımına ilişkin inanç ve tutumları içerisinde en çok her zaman yanıtını verdikleri maddeler; çocukta ilerlemenin gözlenebilmesi için eve verilen etkinliklerin yaptırılmasının önemi (%88), ailelerin terapi sürecine dahil olma konusunda cesaretlendirilmeleri (%86) ve terapi etkililiği için aile katılımının gereği (%85) ile ilgilidir. DKT'lerin en çok hiçbir zaman yanıtını verdikleri madde ise ailelerin yanlış uygulamaları çocuğu olumsuz etkileyebileceği için ev çalışmalarının verilmemesi ile ilgili (%70) madde olmuştur.

Aile Merkezli Yaklaşımlar

Anketin bu bölümünde yöneltilen 'Aile merkezli yaklaşımları ne sıklıkla tercih ediyorsunuz' sorusuna katılımcıların %6'sı 'her zaman', %57'si 'sıklıkla' ve %37'si ise 'bazen' yanıtını vermişlerdir. Katılımcıların aile merkezli yaklaşımları en çok hangi grup ile çalışırken tercih ettiklerine yönelik bulgular ise Tablo 4'te sunulmaktadır.

Tablo 4

Aile Merkezli Yaklaşımın Bozukluğa Göre Tercih Edilme Oranının Dağılımı

Bozukluk	f	%
Gecikmiş Konuşma	60	60
Kekemelik	23	23
Gelişimsel Dil Bozukluğu-Otizm Spektrum Bozukluğu	15	15
Pediyatrik Ses Bozukluğu	1	1
Konuşma Sesi Bozuklukları	1	1

*f= frekans (sıklık)

Tablo 4 incelendiğinde DKT'lerin aile merkezli yaklaşımları kullanmayı en çok tercih ettikleri grubun gecikmiş konuşma (%60), en az tercih ettikleri grupların ise pediyatrik ses bozuklukları (%1) ile konuşma sesi bozuklukları (%1) olduğu görülmektedir.

Terapistlerin aile merkezli yaklaşımlardan hangilerini kullanmayı tercih ettiklerine yönelik açık uçlu soruya verilen yanıtların içerik analizi sonucunda elde edilen bulgular ise Tablo 5'te sunulmaktadır.

Tablo 5

DKT'lerin Kullandıkları Aile Merkezli Yaklaşımlar

Aile Merkezli Yaklaşımlar	f	%
Aileye terapi ile ilgili sorumluluk verme (tercih ettiğim spesifik bir yaklaşım yok).	21	21
Eteçom	20	20
DIR Floortime	13	13
Doğal dil öğretim yöntemleri	10	10
Hanen-More Than Words	7	7
Erken Dönem Kekemelik Programı (Lidcombe)	19	19
Palin PCI	4	4
Aile merkezli yaklaşım kullanmıyorum	6	6

*f = frekans (sıklık)

Tablo 5 incelendiğinde DKT'lerin en sık aileye terapi ile ilgili sorumluluk verdikleri ve özel bir yaklaşımı seçmediklerini belirttikleri (%21) görülmüştür. DKT'ler, özel bir yaklaşım olarak ise en çok Eteçom (%20) ve Erken Dönem Kekemelik Programı/Lidcombe (%19) yaklaşımlarını kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir.

Terapilere Aile Katılımına Yönelik Memnuniyet Düzeyleri ve Aile Katılımını Etkileyen Faktörler

Anketin bu bölümünde 'Terapilerinizdeki aile katılımından memnuniyet düzeyiniz nedir?' sorusuna, araştırmaya katılan DKT'lerin %10'u 'her zaman' %44'ü 'sıklıkla', %35'i 'bazen', %10'u 'nadiren' ve %1'i ise 'hiçbir zaman' yanıtını vermişlerdir. Katılımcıların terapilere aile katılımını olumsuz etkileyen durumlara yönelik düşüncelerini içeren bulgular ise Tablo 6'da sunulmaktadır.

Tablo 6

Terapilere Aile Katılımını Olumsuz Etkileyen Durumlar

Aile Katılımını Olumsuz Etkileyen Durumlar	f	%
Ailelerin çocuklarını terapiye getirmenin çocukları için yeterli olacağını düşünmeleri.	71	71
Çocukların aileleri ile çalışma konusundaki isteksizlikleri.	27	27
Ailelerin katılım konusunda isteksizlikleri.	36	36
Çalışma yerinin olanakları (zaman sorunu, ortamın aile katılımı için uygun olmaması vb.).	38	38
Terapiye aileler dahil olduğunda terapistin kendisini iyi hissetmemesi).	5	5

*f= frekans (sıklık)

Tablo 6 incelendiğinde DKT'lerin terapiye aile katılımını olumsuz etkileyen faktörler içerisinde en çok ailelerin çocuklarını terapiye getirmenin yeterli olacağını düşünmeleri (%71), çalışma yerinin olanakları (%38) ve ailelerin terapiye katılım konusundaki isteksizlikleri (%36) ile ilgili maddeleri seçtikleri görülmüştür.

Tartışma

Türkiye'nin farklı şehirlerinden ve çeşitli kurumlarda hizmet vermekte olan DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamalarının incelenmesinin amaçlandığı çalışmanın bu bölümünde, bulgular alan yazın çerçevesinde ele alınmış hem uygulama hem de araştırma alanına yönelik katkı sağlanmaya çalışılmıştır. Anketin terapi sürecinde aile katılımına yönelik uygulamaların değerlendirildiği bölümünde, katılımcıların büyük çoğunluğunun terapi sonrasında terapide yapılan uygulamalar ile ilgili aileleri bilgilendirdikleri (%96) ve aile ile çalışılabilecek ev ödevleri vermeye özen gösterdikleri (%89) görülmüştür. Öte yandan katılımcıların çok az bir kısmının, terapi hedefi seçiminde ailenin beklentilerine öncelik verme (%3) ve kullanılacak terapi yöntemine aile ile ortak karar verme (%3) maddelerine 'her zaman' yanıtını verdikleri görülmüştür. Buradan yola çıkarak çalışmaya katılım gösteren DKT'lerin, karar verme aşamasından ziyade belirlenen hedeflerin aile ile iş birliği içerisinde uygulanması şeklinde yürütülen aile katımlı terapi fikrine yatkın oldukları söylenebilir. Bu durumun ise katılımcıların bilgileri doğrultusunda aileyi yönlendirme isteğinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Pappas ve ark. (2008) tarafından yürütülen ve DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, bu çalışmanın bulguları ile paralel olarak terapistlerin ailelere ödevler vererek aile katımlı uygulamalara yer verdikleri görülmüştür. Öte yandan yine aynı çalışmada, terapi planlama sürecine aileleri dahil etme oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Bu sonuç, DKT'lerin müdahale sürecinin gidişatında birincil kontrolü ellerinde tutmak istemesine yönelik bir yaklaşımı benimsedikleri şeklinde yorumlanabilir. Çeşitli

bozukluk gruplarından çocuklar ile çalışan fizyoterapistlerle yürütülen bir çalışmada da katılımcılar ebeveynlerin birincil karar merci olması durumunda mesleki kimlik kaybına ilişkin endişe ya da çeşitli etik kaygılar yaşadıklarını dile getirmişlerdir (Litchfield & MacDougall, 2002).

Oysaki aile katılımlı uygulamalar, karar mekanizması içerisinde ailelerin de yer alması gerektiğini önermektedir (Pappas ve ark., 2008). Hele ki aile merkezli yaklaşımı temel alan bir terapi yöntemi ile çalışılacaksa sürece ailenin katılımı bir zorunluluk olduğu için bu gibi yaklaşımların seçiminde ailenin terapi yönteminin kendisi için uygun olup olmadığına karar vermesinin gereği açıktır. Örneğin, erken dönem kekemelik terapisi yaklaşımlarından Palin PCI (Millard ve ark., 2008) ve erken dönem OSB’de kullanılan Nöroplay (Ekici ve ark., 2019) gibi terapi yöntemleri aktif aile katılımı gerektirdikleri için karar mekanizması içerisinde aileler de yer almaktadır.

Anketin DKT’lerin aile katılımına ilişkin inanç ve tutumlarının incelendiği bölümünde, katılımcıların büyük çoğunluğunun terapi sürecine aile katılımına ilişkin maddelerdeki tutumlarının olumlu olduğu görülmektedir. Bu bölümde dikkat çeken bir bulgu ise katılımcıların sadece %1’inin, ‘Terapi hedefi ve etkinlik seçimlerinde son sözü söyleyen aile olmalıdır’ maddesine ‘her zaman’ ve yine sadece %1’inin ‘sıklıkla’ yanıtını vermesi olmuştur. Bu sonuç, katılımcıların terapinin hedef seçimi kısmından daha çok yürütülme aşamasında ailelerin yer almasına yönelik olumlu bir tutum içinde olduklarını göstermektedir. Pappas ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen çalışmada da katılımcıların yarısından az bir kısmının (%42), ‘Terapi hedefi ve etkinlik seçimlerinde son sözü söyleyen aile olmalıdır’ maddesine ‘katılıyorum’ ya da ‘her zaman katılıyorum’ yanıtını vermişlerdir. Bu sonuçlar, terapistlerin terapi hedefi seçiminde kendilerini birincil sorumlu hissetmeleri ya da çalıştıkları ailelerin özelliklerinden de kaynaklanıyor olabilir. Dolayısıyla, DKT’lerin terapi sürecine aile katılımına ilişkin tutumlarının, hizmet verdikleri kurum türü (Örn. özel klinik, hastane vb.), bölge ve aile

özelliklerine göre (ebeveynlerin eğitim ve sosyoekonomik düzeyi, ebeveynliğe yönelik tutum, çocukla etkileşim stili gibi) değişip değişmediğinin incelenmesi, hedef seçimine aile katılımı konusundaki tutumlar hakkında daha fazla bilgi verebilir.

Anketin DKT'lerin kullandıkları aile merkezli yaklaşımları değerlendiren maddeleri incelendiğinde, katılımcıların %6'sının her zaman ve %57'sinin sıklıkla aile merkezli yaklaşımları tercih ettikleri görülmüştür. Ayrıca katılımcıların çok büyük bir kısmı (%60) en çok gecikmiş konuşması olan çocuklar ile çalışırken aile merkezli yaklaşımları tercih ettiklerini ifade etmişlerdir. Katılımcıların çok küçük bir kısmının ise konuşma sesi bozuklukları (%1) ve pediyatrik ses bozuklukları (%1) ile çalışırken aile merkezli yaklaşımları tercih ettikleri görülmüştür. Bunun yanı sıra, kekemelik (%23) ve GDB/OSB (%15) durumlarında aile merkezli yaklaşımların tercih edilme oranlarının düşük olması dikkat çekicidir. Alan yazına bakıldığı zaman özellikle erken dönem kekemelik (Örn. Adams, 1990; Millard ve ark., 2018; Onslow & Millard, 2012; Shafiei ve ark., 2019) ve OSB'de (Örn. Dionne & Martini, 2011; Ekici ve ark., 2019; Selimoğlu & Özdemir, 2018) DKT'lerin kullanabilecekleri pek çok aile merkezli yaklaşımın olduğu görülmektedir. Ayrıca konuşma sesi bozuklukları için de pek çok aile merkezli yaklaşım mevcuttur (Bowen & Cupples, 1999). Bu sonuçların, belirli yaklaşımları uygulama yetkinliğinin sertifikasyon süreci gerektirmesi ve terapistlerin henüz bu eğitimlerini tamamlamamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bu bulgular, aile katılımlı uygulamaların çeşitliliği ve gerekliliği hakkında katılımcıların sınırlı bilgi sahibi olma durumları ile de açıklanabilir.

Katılımcılara kullandıkları aile merkezli yaklaşımların açık uçlu biçimde sorulduğu maddenin analiz sonuçlarına bakıldığında ise kullanılan terapilerin çeşitliliğinin oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Katılımcıların %21'i aileye sorumluluk vererek terapi sürecine dahil etmeye çalıştıklarını; ancak belirli bir yöntem kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. DKT'lerin kullandıkları aile merkezli yaklaşımlar ise sırasıyla Eteçom (%20), Erken Dönem Kekemelik

Programı/ Lidcombe (%19), DIR Floortime (%13), Doğal Dil Öğretim Yöntemleri (%10), Hanen-More Than Words (%7) ve Palin PCI (%4) olmuştur. Katılımcıların %6'sı ise herhangi bir aile merkezli yaklaşımı tercih etmediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar da bir önceki bölümde belirtilen katılımcıların aile katılımlı terapi yöntemlerine ilişkin bilgi eksiklikleri olabileceği varsayımını destekler niteliktedir.

DKT'lerin terapi sürecine aile katılımına yönelik memnuniyet düzeyleri incelendiğinde, katılımcıların yarısından çoğunun çoğunlukla aile katılımlı uygulamalarından memnun oldukları görülmektedir. Bununla birlikte terapi sürecinde aile katılımını olumsuz etkileyen durumların sorgulandığı soruda, katılımcıların büyük çoğunluğu (%71), ailelerin çocuklarını terapiye getirmelerinin, çocukları için yeterli olacağını düşündüklerini ifade etmişlerdir. Bunu takiben çalışma yerinin olanaklarının (Örn. zaman sorunu, ortamın aile katılımı için uygun olmaması vb.) (%38) ve ailelerin katılım konusundaki isteksizliklerinin (%36) terapiye aile katılımını olumsuz etkilediği ifade edilmiştir.

DKT'lerin daha karmaşık iletişim güçlüğü olan (alternatif ve destekleyici iletişim sistemi kullanımı gerektiren) çocuklar ile çalışırken aile merkezli uygulamalara ilişkin görüşlerinin incelendiği bir çalışmada, katılımcıların aile merkezli uygulamaları uygulamak istedikleri görülmüştür. Bununla birlikte katılımcılar, bu çalışma ile paralel biçimde, uygulama esnasında zaman sıkıntısı, yoğun vaka akışı ve aileler ile oluşabilecek anlaşmazlıklar gibi çeşitli sınırlılıklar ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir (Mandak & Light, 2018). Pappas ve arkadaşları (2008) tarafından yürütülen çalışmada da DKT'ler, bu çalışma ile benzer biçimde en çok ebeveyn kaynaklı (%29) olmak üzere çalışma yeri olanakları (%16) ya da terapist kaynaklı (%11) durumları, aile katılımlı uygulamaları etkileyen sınırlılıklar olarak belirtmişlerdir. Görüşme tekniği ile yürütülen ve açık uçlu soruların kullanıldığı çalışmalar ile DKT'lerin konu ile ilgili görüşlerinin daha kapsamlı ve ayrıntılı biçimde incelenebileceği düşünülmektedir.

Konu ile ilgili yapılan diğer çalışmalara bakıldığı zaman Bruce ve arkadaşları (2002) tarafından içlerinde DKT'lerin de bulunduğu pediyatrik sağlık profesyonelleri ile yürütülen bir çalışmada, uzmanların aile katılımlı uygulamaların temel ilkelerini bildikleri; ancak bu ilkeleri, tutarlı biçimde uygulayamadıkları ifade edilmiştir. Konuya ilişkin bilgi ile uygulama arasındaki farklılığın, uzmanların yardım edici bir diğer deyişle planlayıcı pozisyonda olduklarında kendilerini daha rahat hissetmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bu açıdan benzer bir yorum bu çalışma için de yapılabilir. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları da diğer çalışmalar gibi (Bellon-Harn ve ark., 2017) aile katılımına yönelik olumlu görüşleri yansıtsa da terapistlerin uygulama alanındaki eksikliklerine işaret etmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmanın sonuçları, çalışmaya katılan DKT'lerin aile katılımlı terapi uygulamalarına yönelik genel olarak olumlu tutumları olduğunu göstermektedir. Daha özelden ise DKT'lerin özellikle terapi sürecinin planlanması aşamasında klinisyen merkezli; ancak terapi uygulamalarının evde desteklenmesi konusunda aile merkezli bir yaklaşımı benimsediği söylenebilir. Bununla birlikte DKT'lerin aile merkezli terapi yöntemlerine yönelik bilgi eksikliklerinin olduğu da tespit edilmiştir. Ek olarak DKT'ler, terapi sürecine aile katılımına ilişkin ailelerin isteksizliklerini ve çalışma yerinin olanaklarını (Örn. zaman sorunu, ortamın aile katılımı için uygun olmaması vb.) süreci olumsuz etkileyen faktörler olarak belirtmişlerdir. Dil ve konuşma terapisi lisans programı eğitim içeriklerinin, aile merkezli terapi yöntemleri ile zenginleştirilmesi önerilmektedir. Ayrıca düzenlenecek hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim programlarının DKT'ler için faydalı olacağı ön görülmektedir.

Katılımcı sayısının azlığı, tek bir ölçme aracının kullanılmış olması ve kullanılan ölçüm aracının standardize bir ölçüm aracı olmaması ise çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Ayrıca çalışmada betimsel analizler kullanılmış olup katılımcıların aile katılımına ilişkin inanç ve tutumları ile deneyim süreleri ve çalıştıkları yer arasındaki ilişki

değerlendirilememiştir. Gelecek araştırmalarda, katılımcı sayısının artırıldığı ve daha kapsamlı analizlerin yapılacağı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bununla birlikte nitel verilerin toplanmasına da yer verecek karma yöntem araştırmalar ile daha ayrıntılı yorumlar yapılabilecektir.

İlaveten, bu çalışmanın katılımcı grubunun çoğu, az deneyimli DKT'lerden oluşmaktadır. Bu durumun sonuçlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmüştür. Yüksek lisans ya da doktora düzeyinde olan veya sertifikasyon programlarına katılan DKT'lerin görüşlerinin daha farklı olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle daha heterojen katılımcı grubunu kapsayan çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Son olarak, aile merkezli uygulamaları, üçgen üzerinden ele almak uygun olacaktır. Bir diğer deyişle üçgenin bir köşesinde terapist, bir köşesinde çocuğun ebeveynleri ve diğer köşesinde ise çocuk yer almaktadır. Bu araştırmada aile katımlı terapi süreci, DKT'lerin bakış açısından ele alınmıştır. Daha sonraki araştırmalarda, ailelerin ve çocuğun görüşlerinin de incelenmesinin, aile katımlı uygulamaların içeriğinin düzenlenmesi açısından faydalı olacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Allen, J., & Marshall, C. R. (2011). Parent–Child Interaction Therapy (PCIT) in school-aged children with specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 46(4), 397-410. <https://doi.org/10.3109/13682822.2010.517600>
- Beatson, J. E. (2006). Preparing speech-language pathologists as family-centered practitioners in assessment and program planning for children with autism spectrum disorder. In *Seminars in Speech and Language*, 27 (1), 001-009. <https://doi.org/10.1055/s-2006-932434>
- Bellon-Harn, M. L., Azios, J. H., Dockens, A. L., ve Manchaiah, V. (2017). Speech-language pathologists' preferences for patient-centeredness. *Journal of Communication Disorders*, 68, 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2017.06.012>

- Berquez, A., Hertsberg, N., Hollister, J., Zebrowski, P., ve Millard, S. (2015). What do children who stutter and their parents expect from therapy and are their hopes aligned?. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 193, 25-36. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.03.241>
- Bowen, C., & Cupples, L. (1999). Parents and children together (PACT): a collaborative approach to phonological therapy. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 34(1), 35-55. <https://doi.org/doi:10.1080/136828299247603>
- Böke, K. (2017). Örnekleme. K. Böke (Ed.), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (5. Baskı) içinde (s. 105-147). Alfa Yayıncılık.
- Braga, L. W., Da Paz Junior, A. C., ve Ylvisaker, M. (2005). Direct clinician-delivered versus indirect family-supported rehabilitation of children with traumatic brain injury: a randomized controlled trial. *Brain Injury*, 19(10), 819-831. <https://doi.org/10.1080/02699050500110165>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development* (1st ed.). Harvard University Press.
- Brookman-Fraze, L., & Koegel, R.L. (2004). Using parent/clinician partnerships in parent education programs for children with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6(4), 195–213. <https://doi.org/10.1177/10983007040060040201>
- Bruce, B., Letourneau, N., Ritchie, J., Larocque, S., Dennis, C., ve Elliott, M. R. (2002). A multisite study of health professionals' perceptions and practices of family-centred care. *Journal of Family Nursing*, 8, 408–429. <https://doi.org/10.1177/107484002237515>
- Burrell, T. L., & Borrego Jr, J. (2012). Parents' involvement in ASD treatment: what is their role?. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(3), 423-432. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.04.003>
- Buschmann, A., Jooss, B., Rupp, A., Feldhusen, F., Pietz, J., ve Philippi, H. (2009). Parent based language intervention for 2-year-old children with specific expressive language delay: a randomised controlled trial. *Archives of Disease in Childhood*, 94(2), 110-116. <https://doi:10.1136/adc.2008.141572>
- Büyüköztürk, Ş. (2005). Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 133-151. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/256394>
- Cras, E., Poston Roy, V., ve Free, K. (2006). Parents' and professionals' perceptions of family-centered practices: What are actual practices vs. what are ideal practices? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 15, 365–377. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2006/034\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2006/034))

- Çakmak, Ö. Ç. (2010). Okul öncesi eğitim kurumlarında aile katılımı. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 20, 1-17. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/154645>
- Demirci, S., & Köseli, M. (2017). İkincil veri ve içerik analizi. K. Böke (Ed.), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (5. Baskı) içinde (s. 105-147). Alfa Yayıncılık.
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203. <https://doi.org/10.2182/cjot.2011.78.3.8>
- Druker, K. C., Mazzucchelli, T. G., ve Beilby, J. M. (2019). An evaluation of an integrated fluency and resilience program for early developmental stuttering disorders. *Journal of Communication Disorders*, 78, 69-83. <https://doi.org/10.1016/j.jcomdis.2019.02.002>
- Ekici, B., Bıçakçı, M. Y., Gürkan, E. N., Unay, Ö. S., ve Tatlı, B. (2019). Otizmde Ebeveyn Aracılı Yoğun Müdahale Yöntemi Nöroplay: Bir Olgu Sunumu. *Çocuk Dergisi*, 19(3), 158-162. <https://doi.org/10.5222/j.child.2019.05902>
- Grenness, C., Meyer, C., Scarinci, N., Ekberg, K., ve Hickson, L. (2016). The international classification of functioning, disability and health as a framework for providing patient-and family-centered audiological care for older adults and their significant others. In *Seminars in Hearing*, 37 (3), 187-199. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584411>
- Hanna, K., & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 14-24. <https://doi.org/10.1046/j.0045-0766.2001.00273.x>
- Iversen, M. D., Shimmel, J. P., Ciacera, S. L., ve Prabhakar, M. (2003). Creating a family-centered approach to early intervention services: Perceptions of parents and professionals. *Pediatric Physical Therapy*, 15(1), 23-31. <https://doi.org/10.1097/01.PEP.0000051694.10495.79>
- Johnson, B. H. (1990). The changing role of families in health care. *Children's Health Care*, 19(4), 234-241. https://doi.org/10.1207/s15326888chc1904_7
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (2000). Therapeutic changes in children, parents, and families resulting from treatment of children with conduct problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(4), 414-420. <https://doi.org/10.1097/00004583-200004000-00009>

- King, G., Law, M., King, S., ve Rosenbaum, P. (1998). Parents' and service providers' perceptions of the family centredness of children's rehabilitation services. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18 (1), 21–40. https://doi.org/10.1080/J006v18n01_02
- Litchfield, R., & MacDougall, C. (2002). Professional issues for physiotherapists in family-centred and community-based settings. *Australian Journal of Physiotherapy*, 48, 105–112. [https://doi.org/10.1016/S0004-9514\(14\)60204-X](https://doi.org/10.1016/S0004-9514(14)60204-X)
- Mandak, K., & Light, J. (2018). Family-centered services for children with complex communication needs: the practices and beliefs of school-based speech-language pathologists. *Augmentative and Alternative Communication*, 34(2), 130-142. <https://doi.org/10.1080/07434618.2018.1438513>
- Millard, S. K., Nicholas, A., ve Cook, F. M. (2008). Is parent-child interaction therapy effective in reducing stuttering?. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 51(3), 636-650. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/046\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008/046))
- Miller, S. J., & Sloane Jr, H. N. (1976). The generalization effects of parent training across stimulus settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 9(3), 355-370. <https://doi.org/10.1901/jaba.1976.9-355>
- Moeller, M. P., Carr, G., Seaver, G., Stredler-Brown, A., ve Holzinger, D. (2013). Best practices in family-centred early intervention for children who are deaf or hard of hearing: An international consensus statement. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 18(4), 429–445. <https://doi.org/10.1093/deafed/ent034>
- Oğuz, Ö., Özkaraalp, İ., Erim, A., İnan, R., ve Başaran, Ş. N. (2019). Çocukluk Çağı Dil Bozuklukları Değerlendirme ve Müdahalesinde Türkiye ve Amerika'nın Karşılaştırılması. *Dil Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 146-173. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/802708>
- Onslow, M., & Millard, S. (2012). Palin parent child interaction and the Lidcombe program: Clarifying some issues. *Journal of Fluency Disorders*, 37(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jfludis.2011.10.002>
- Pappas, N. W., McLeod, S., McAllister, L., ve McKinnon, D. H. (2008). Parental involvement in speech intervention: A national survey. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(4-5), 335–344. <https://doi.org/10.1080/02699200801919737>

- Park, H. I., Park, H. Y., Yoo, E., ve Han, A. (2020). Impact of Family-Centered Early Intervention in Infants with Autism Spectrum Disorder: A Single-Subject Design. *Occupational Therapy International*, 2020, 1-7. <https://doi.org/10.1155/2020/1427169>
- Paul, R., & Norbury, C. F. (2012). *Language Disorders from Infancy through Adolescence*. Elsevier.
- Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2011). The effectiveness of parent-implemented language interventions: A meta-analysis. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 20(2), 180-199. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0055\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0055))
- Rogers, C. R. (1951). Studies in client-centered psychotherapy III: the case of Mrs. Oak—a research analysis. *Psychological Service Center Journal*, 3(1-2), 47–165.
- Rosenbaum, P. (2016). Developmental disability: Shouldn't grandparents have a place at the table? *Developmental Medicine and Child Neurology*, 58(6), 528-528. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13125>
- Rustin, L., & Cook, F. (1995). Parental involvement in the treatment of stuttering. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 26(2), 127-137. <https://doi.org/10.1044/0161-1461.2602.127>
- Selimoğlu, Ö. G., & Özdemir, S. (2018). Etkileşim temelli erken çocuklukta müdahale programı'nın (ETEÇOM) otizm spektrum bozukluğu sergileyen çocukların sosyal etkileşim becerileri üzerindeki etkililiği. *Erken Çocukluk Çalışmaları Dergisi*, 2(3), 514-555. <https://doi.org/10.24130/eccd-jecs.196720182399>
- Sevinç, B. (2017). Survey araştırması yöntemi. K. Böke (Ed.), *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (5. Baskı) içinde (s. 245-283). Alfa Yayıncılık.
- Shafiei, B., Faramarzi, S., Abedi, A., Dehqan, A., ve Scherer, R. C. (2019). Effects of the Lidcombe program and parent-child interaction therapy on stuttering reduction in preschool children. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 71(1), 29-41. <https://doi.org/10.1159/000493915>
- WHO- World Health Organisation (2001). International classification of functioning, disability, and health. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf> adresinden ulaşılmıştır (Erişim tarihi: 12.01.2021).

Bu makaleyi kaynak göstermek için/To cite this article: Erim, A. & Şeçkin Yılmaz, Ş. (2021). Dil ve konuşma terapistlerinin terapiye aile katılımına ilişkin inanç, tutum ve uygulamaları. *Dil, Konuşma ve Yutma Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 80-106.

Etik Kurul İzni: Bu araştırma için Üsküdar Üniversitesi'nden 61351342 sayılı etik kurul izni alınmıştır.

Yazar Katkıları/Author Contributions: **Ahsen Erim:** Fikir/Kavram, Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Veri Toplama/İşleme, Analiz/Yorum, Literatür Taraması, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler; **Şaziye Şeçkin Yılmaz:** Tasarım/Yöntem, Danışmanlık/Denetleme, Analiz/Yorum, Makale Yazımı, Eleştirel İnceleme, Kaynak ve Fon Sağlama, Malzemeler.

Çıkar Çatışması/Conflict of Interest: Yazarlar makalenin hazırlanması ve basımı esnasında hiç bir kimse veya kurum ile çıkar çatışması içinde olmadıklarını beyan etmişlerdir. The authors have declared that no conflict of interest existed with any parties at the time of publication.

Ekler

Ek-1: Dil ve Konuşma Terapistlerinin Terapi Sürecine Aile Katılımına İlişkin İnanç, Tutum ve Uygulamalarını İnceleme Anketi

1.Bölüm: Demografik Sorular

1.1.Nerede çalışıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- Hastane
- Rehabilitasyon Merkezi
- Özel Klinik
- Belediye
- Akademi

1.2.Dil ve konuşma terapisti olarak mesleki deneyim süreniz nedir?

- 0-2 yıl
- 2-5 yıl
- 5-10 yıl
- 10+

2.Bölüm: Uygulamaya Yönelik Bilgiler (Aşağıdaki ifadeleri 1-5 arasında puanlayınız, 1: Hiçbir Zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman)

2.1.Değerlendirme seanslarına aileyi de dahil ederim.

- 1 2 3 4 5

2.2.Terapi hedef seçimlerini aile ile birlikte yaparım.

- 1 2 3 4 5

2.3.Terapi hedefi seçimlerinde ailenin beklentilerine öncelik veririm.

- 1 2 3 4 5

2.4.Kullanılacak terapi yöntemine aile ile ortak karar veririm.

- 1 2 3 4 5

2.5.Terapi seanslarımda aileyi de terapi odasına alırım.

- 1 2 3 4 5

2.6.Ailenin terapi hedefi ve etkinlik değiştirme önerilerini dikkate alırım.

- 1 2 3 4 5

2.7.Terapi sonrasında terapide yapılanlar hakkında aileyi bilgilendiririm.

- 1 2 3 4 5

2.8.Ödev verirken aile ile çalışılabilecek görevler vermeye dikkat ederim.

- 1 2 3 4 5

2.9.Aile üyelerinden terapinin gidişatı hakkında geri dönütler almaya çalışırım.

1 2 3 4 5

2.10.Eğer çocuğun kardeşleri varsa onları da sürece dahil etmeye çalışırım.

1 2 3 4 5

3.Bölüm: İnanç ve Tutumlar (Aşağıdaki ifadeleri 1-5 arasında puanlayınız, 1: Hiçbir Zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Sıklıkla, 5: Her zaman)

3.1.Terapi etkililiği için aile katılımı oldukça önemlidir.

1 2 3 4 5

3.2.Aileler, terapi sürecine dahil olma konusunda cesaretlendirilmelidir.

1 2 3 4 5

3.3.Terapi hedefi ve etkinlik seçimlerinde son sözü söyleyen aile olmalıdır.

1 2 3 4 5

3.4. Ailelerin terapi hedeflerini belirleme konusunda yeterli bilgisi bulunmamaktadır bu nedenle hedef seçiminde katılımları gereksizdir.

1 2 3 4 5

3.5.Ebeveynler, terapiyle ilgili verdiğim ödevlerde çocuğa yardımcı olmak için özel bir zaman dilimi yaratmalıdır.

1 2 3 4 5

3.6. Çocukta ilerlemenin gözlenebilmesi için eve verilen etkinliklerin yaptırılması büyük önem taşımaktadır.

1 2 3 4 5

3.7. Sadece çocuk değil tüm aile danışandır.

1 2 3 4 5

3.8.Ailelerin seansa dahil edilmesi terapi verimliliğini olumsuz yönde etkilemektedir.

1 2 3 4 5

3.9. Ailelerin yanlış uygulamaları çocuğu olumsuz etkileyebileceği için ev çalışmaları verilmemelidir.

1 2 3 4 5

3.10.Çocuğun abi/ablasının terapi sürecine katılımı çocuk için olumlu bir faktördür.

1 2 3 4 5

3.11. Her çocuk biriciktir ve çocuğun güçlü ve zayıf yönlerini en iyi bilen kişiler de ailelerdir.

1 2 3 4 5

4. Bölüm: Aile Merkezli Yaklaşımlar

4.1. Terapilerinizde aile merkezli yaklaşımları tercih ediyor musunuz?

- Hiçbir zaman
- Nadiren
- Bazen
- Sıklıkla
- Her zaman

4.2. En çok hangi bozukluk ile çalışırken aile merkezli yaklaşımları tercih ediyorsunuz?

- Gecikmiş Konuşma
- Kekemelik
- Gelişimsel Dil Bozuklukları/ Otizm
- Konuşma Sesi Bozuklukları
- Pediatrik Ses Terapisi

4.3. Sıklıkla kullandığınız aile merkezli yaklaşımın/yaklaşımların adını yazınız.

5. Bölüm: Memnuniyet

5.1. Terapilerinizdeki aile katılımından memnuniyet sıklık düzeyiniz nedir?

- Hiç
- Nadiren
- Bazen
- Sıklıkla
- Her Zaman

5.2. Terapilere aile katılımının daha az ya da daha çok oluş sebebi hakkında nelerin süreci etkilediğini düşünmektesiniz? (en önemli gördüğünüz iki seçeneği işaretleyiniz)

- Çalışma yerinin olanakları (zaman sorunu, ortamın aile katılımı için uygun olmaması vb.)
- Terapiye aileler dahil olduğunda kendimi iyi hissetmemem
- Ailelerin katılım konusunda isteksizlikleri
- Ailelerin çocuklarını terapiye getirmenin çocukları için yeterli olacağını düşünmeleri
- Çocukların aileleri ile çalışma konusundaki isteksizlikleri